＜提出は　事業所経由⇒健康保険組合へ（任意継続者は直接健保）＞

常務理事	事務長		係

法定給付費	円
付加給付費	円
合計支給額	円

療 養 費 支 給 申 請 書（あんま・マッサージ用）【　　年　　月分】本人・家族

※当申請書は、施術所ごと・1ヵ月ごと・受診者ごとに1枚必要です。

被保険者欄				
○被保険者等の記号番号	○発病又は負傷年月日	○傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過		
―	年　月　日			
療養を受けた者の氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 男・女	続　柄	○業務上・外、第三者行為の有無	
			（　1. 業務上　2. 第三者行為　3. その他（　　））	
			○施術した場所（入居施設や住所地特例等、保険証住所地と異なる場合に記載）	
	昭・平・令　　年　　月　　日生			

申請欄	
以下の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。その金額の受領を事業主に委任します。 年　　月　　日 レンゴー健康保険組合　理事長　殿	申請者（被保険者）　住所 氏名　　電話

※以下記入に代えて、施術所で作成した療養費支給申請書添付でも可。

施術内容欄									
初療年月日	施術期間						実日数	請求区分	
（　）　年　月　日	自・令和　年　月　日～至・令和　年　月　日						日	新規・継続	
傷病名及び症状								転帰 継続・治癒・中止・転医	
施術料	マッサージ（施術料）	同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	摘　要	
		施術回数	回	回	回	回	回		
	通所	円×	回＝	円					
	訪問施術料　1	円×	回＝	円					
	訪問施術料　2	円×	回＝	円					
	訪問施術料　3（3人～9人）	円×	回＝	円					
	訪問施術料　3（10人以上）	円×	回＝	円					
	温　罨　法（加 算）	円×	回＝	円					
	温罨法・電気光線器具（加 算）	円×	回＝	円					
	変形徒手矯正術（加算） ※温罨法との併施は不可	同意部位	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）			
		施術回数	回	回	回	回			
		円×	回＝	円					
	特 別 地 域（加 算）	円×	回＝	円					
往　療　料		円×	回＝	円					
施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）		円×	回＝	円					
合　　計		円							

施術日 通所○ 往療◎	訪問1① 訪問2② 訪問3③	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難　2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難　3. その他（　　））

施術証明欄	
上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 年　　月　　日 免許登録番号　　あん摩マッサージ指圧師	保健所登録区分　1.施術所所在地　2.出張専門施術者住所地 〒　　― 住　所 氏　名　　電話

同意記録					
同意医師の氏名	住　　所	同意年月日	傷　病　名	要加療期間
		年　月　日		

≪添付書類≫
1. 領収証（原本）
2. 医師の同意書（原本）　※口頭同意・無診察同意不可
   ●初診時と以降半年ごとに必要
3. 往療が行われた場合は、往療を必要とした理由を記入してください。

受付日付印